

• 学术探讨 •

“肾虚”与高脂血症发病关系的探讨

河北医学院第四附属医院中医科 杨瑞合

现代医学认为,外源性物质摄入过多是高脂血症的外因,而体内脂质代谢紊乱则是其内因。近年的报道逐渐表明,高脂血症的发生与“肾虚”关系密切。现结合有关研究报告探讨如下。

一、“肾虚”与血清高密度脂蛋白(HDL)或血清高密度脂蛋白-胆固醇(HDL-Ch)的关系

近年研究结果证明,HDL的重要生理功能是接受组织释放的游离胆固醇。因此,血浆HDL浓度高时,有利于预防动脉粥样硬化的发生⁽¹⁾。而HDL-Ch水平下降已被认为是脑与冠状动脉粥样硬化的共同特点⁽²⁾。可见,HDL或HDL-Ch水平下降是高脂血症患者体内脂质代谢紊乱的主要表现。中西医结合的成果显示,HDL或HDL-Ch的含量与“肾”有着密切关系。叶增茂⁽³⁾曾明确指出,肾虚导致HDL-Ch水平降低,故可把HDL-Ch值低下列入冠心病肾虚型的生化指标。另外,现代医学研究⁽⁴⁾多倾向于把“肾”归属于下丘脑-垂体-靶腺轴,已知某些下丘脑和垂体激素具有直接或间接地联合调控血脂内环境动态平衡的自稳功能,诸如生长激素、促甲状腺激素、促脂素、促性腺激素和下丘脑调节激素,可致胰岛素反应和糖耐量异常,影响糖和脂肪代谢及卵磷脂-胆固醇乙酰转移酶活性,使肝脏合成HDL-Ch减少,促使血甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-Ch)水平升高。国内研究提出,肾阳虚的本质之一是下丘脑-垂体-性腺轴功能的提前老化⁽⁵⁾,而肾虚性腺功能不足可升高TG和极低密度脂蛋白(VLDL),增加冠心病的发病率⁽⁶⁾。国外有人报告,在健康男性睾酮水平低下时HDL值降低,并指出低睾酮水平男性易患冠心病⁽⁷⁾。而垂体机能减退的患者,HDL-Ch值亦显著降低⁽⁸⁾。有人观察切除垂体的动物HDL-Ch下降并不因补充甲状腺素被纠正⁽⁹⁾,说明HDL-Ch低下与垂体功能有关;还有人给去垂体动物喂饲1%胆固醇,20天后血胆固醇升高,冠状动脉内弹力膜增厚,而给予同样饲料的完整垂体鼠无明显变化⁽¹⁰⁾,说明饮食外因通过垂体功能低下引起的HDL-Ch下降这一肾虚内因而起致病作用。这些研究初步表明,肾气盛衰与HDL-Ch含量有关,肾气盛则HDL-Ch含量高,而血脂不易升高,并且抗动脉粥样硬化能力强;反之,肾气衰则HDL-Ch含量低,而血脂易升高,抗动脉粥样硬

化的能力弱。

二、从“肾”与痰浊的关系看高脂血症的形成

董汉良⁽¹¹⁾指出,“高血脂为血中之痰浊”。李锐⁽¹²⁾的研究认为,高脂血症和高凝状态可能反映冠心病的“痰浊”。徐济民等⁽⁶⁾通过对50例正常对照组、82例痰浊型和28例非痰浊型冠心病患者作血脂水平分析的结果表明,痰浊型冠心病患者血清总胆固醇(TC)、TG、LDL-Ch含量均明显高于无痰浊型冠心病和正常对照组(P 均 <0.001),认为血清TG和LDL-Ch含量升高,是冠心病痰浊型特有的重要生化物质基础。福建省人民医院报道⁽¹³⁾,冠心病痰阻型血甘油三酯平均值最高,并把甘油三酯作为冠心病痰阻型的诊断指标之一。所以,“痰浊”留滞血脉之中是引起高脂血症的重要因素。对于形成高脂血症的痰浊,中医一般认为多责之于脾肾两脏,正如张景岳所说:“痰之化无不在脾,痰之本无不在肾”。二者之中尤以肾为要,肾虚导致HDL-Ch水平降低,而高TG血症与显著低下的HDL-Ch有关,HDL-Ch具有廓清TG和输送TG的作用⁽⁶⁾。因此,肾虚既可及脾,内生痰浊,又可致脂类代谢障碍而形成高脂血症。

三、从遗传学角度探讨高脂血症的形成

现代医学研究认为⁽¹⁴⁾,动脉粥样硬化是一种多基因(多因子)遗传病,对157例心肌梗塞存活者检查结果表明,85%的患者都属于遗传性Ⅰ、Ⅳ高脂血症患者,并证明家族性高甘油三酯血症(Ⅳ)以常染色体显性遗传为主,而多基因遗传的高胆固醇血症是由于遗传性细胞膜LDL受体缺陷,致细胞合成胆固醇的反馈控制失常所致。总之,高脂血症有家族史、有先天遗传因素。而中医学认为肾藏精,主生殖发育,肾为先天之本。《灵枢·决气篇》指出:“两神相搏,合而成形,常先身生,是谓精”。所以,肾精与遗传有直接关系,也说明肾与高脂血症有关。

根据以上肾虚与高脂血症形成关系的分析,防治高脂血症,除了科学饮食,健脾,疏肝利胆以外,还应着眼于补肾培本,以提高疗效。

参 考 文 献

1. 夏志鸿,等. 内科讲座. 第3卷. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1982:245.

2. Taggart H, et al. Sex hormone levels in younger male stroke survivors. *Atherosclerosis* 1980; 35:123.
3. 叶增茂, 等. 几种心脑血管病虚证患者血清脂类变化与阴阳失调关系的观察. *中医杂志* 1982; 23(12):62.
4. 徐济民, 等. 痰浊型冠心病与血脂水平关系的探讨. *中西医结合杂志* 1984; 4(5):265.
5. 王文健, 等. 肾阳虚患者和老年人(男性)的下丘脑-垂体-性腺轴功能初步观察. *中西医结合杂志* 1982; 2(3):149.
6. 张铁忠, 等. 男性冠心病患者血浆性激素与中医辨证分型关系的研究. *中西医结合杂志* 1983; 3(2):82.
7. Nordoy A, et al. Sex hormones and high density lipoproteins in healthy males. *Atherosclerosis* 1979; 34:431.
8. Sagel J, et al. Decreased high density lipoprotein cholesterol in hypopituitarism. *J Clin Endocrinol*

- Metab* 1979; 49(5):753.
9. Malkonen M, et al. Failure of thyroid hormones to maintain the normal lipoprotein pattern in rats after removal of the pituitary gland. *Atherosclerosis* 1981; 38(1-2):121.
10. Patek pp, et al. Induction of atherosclerosis by cholesterol feeding in the hypophysectomized rats. *Amer J Path* 1963; 42:137.
11. 董汉良. 浅谈痰瘀相关. *中医杂志* 1980; 21(9):7.
12. 李锐. 消、补、温三法治疗冠心病的实质探讨. *新中医* 1978; 1:50.
13. 中国医学科学院情报研究所. 中西医结合防治研究冠心病经验交流会. *医学研究通讯* 1978; 4:14.
14. 杜传书, 等. *医学遗传学*. 第1版. 北京:人民卫生出版社, 1983:458—459.

皮肤炎治验1例报告

北京化工学院医院 黄秀淮

赵某, 男性, 44岁, 已婚。1986年8月17日胸部出现痱子样红色斑疹, 瘙痒。医务室诊为“过敏性丘疹”, 口服扑尔敏、安定、维生素C等。服药后患者浑身无力, 2日后上、下肢肿胀, 屈伸受限。4日后出现发热(38.4°C), 全身肌肉酸痛, 不能行走, 颈部活动困难, 眼睑及面颊红肿发硬, 张口只能达到半指宽, 咀嚼及进食困难, 于8月23日入某院治疗。检查: 体温 37.9°C , 脉搏 75 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 $13.1/9.86\text{kPa}$, 白细胞总数 $4.8 \times 10^9/\text{L}$, 中性 0.68, 淋巴 0.32, 大便常规(-); 尿常规: 蛋白(++), 血沉 $32\text{mm}/1\text{h}$, SGOT 200u , 尿肌酐 $0.7\text{mmol}/24\text{h}$, 肌酸 $680.2\mu\text{mol}/24\text{h}$, 血肌酐 $97.24\mu\text{mol}/\text{L}$, 肌酸 $556.99\mu\text{mol}/\text{L}$, 诊断为皮肤炎。投药强的松、维生素C、维生素E、环磷酰胺、钙片等。共住院11周, 病情缓解出院。2月后, 因停药强的松, 症状复发, 遂于1987年元月12日采用中药治疗。

初诊: 患者面色暗而少华, 眼睑及面颊皮肤赤暗, 神疲乏力, 行走困难, 气短少言, 张口约一指, 咽喉咀嚼不利, 自汗, 咳嗽, 自觉手足颜面烘热, 盗汗, 口干喜饮, 口臭, 小便黄, 大便干。前臂桡、伸侧及大腿前、外侧皮色赤暗, 发硬, 弹力减退, 肌肉酸痛, 按之加重。上臂肿胀, 按之无凹陷。舌质红嫩, 苔白薄而干, 脉濡数, 重取有力。脉症合参, 证属肺胃气阴两虚, 邪热内蕴, 兼有气滞血瘀。先以益气养阴清热之法为主。

处方: 生地20g 麦冬12g 五味子12g 沙参30g 黄芪30g 柴胡10g 当归12g 炙甘草12g 升麻10g

青、陈皮各10g 苍、白术各12g 知母12g 生石膏30g 炒谷芽10g, 另煎西洋参6g, 每日1剂, 服6剂。并口服强的松30mg/日。

元月19日二诊: 服上方后, 手足颜面烘热减轻, 自汗大减, 口臭已无, 精神转佳。原方生石膏改为15g, 加丹参24g, 服10剂。

2月3日三诊: 服上方14剂, 肌肉酸痛减轻, 自汗、盗汗、口渴基本消失。嘱强的松每日减为20mg, 中药原方去石膏加土鳖虫12g, 服20剂。

2月25日四诊: 患处皮肤变软弹性增强, 张口已达二指, 吞咽正常。嘱减服强的松, 每日10mg, 停服西洋参, 上方加青、陈皮各10g、白术10g以健脾和胃, 服20剂。

3月18日五诊: 患者述咀嚼吞咽均正常, 食欲佳, 张口已达二指半许, 行动基本正常, 精神饱满, 守上方, 嘱每服2剂停药1日, 续服20剂。

半年后随访, 患者服五诊方共30余剂后停药, 诸症消失, 已恢复正常工作至今。

由于卫外失权, 外邪乘入肺胃, 内蕴日久, 化热伤阴, 故见手足颜面烘热, 口干喜饮, 口臭、盗汗, 小便黄, 大便干, 舌嫩红, 脉数等症, 阴伤损及阳气, 故而神疲乏力, 气短少言, 脉见濡象。邪留而致经脉不畅, 血气瘀滞, 故见皮肤色暗、肌肉硬痛。热蕴于内, 气阴两伤, 故初诊重在益气养阴清热, 可用白虎汤, 但须中病即止。邪热过后而渐加活血化瘀之丹参、土鳖虫。最终以益气滋阴, 活血化瘀之法, 服药80余剂而愈。